

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE DISCIPLINAS PARAMÉDICAS
CARRERA DE LICENCIATURA EN MUSICOTERAPIA
CICLO DE LICENCIATURA DE EXCEPCIÓN



TESIS FINAL

**TÍTULO: DROGADICCIÓN. MUSICOTERAPIA EN EL EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO**

**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

AUTORA: M.T. OFELIA HERRENDORF
PADRINO DE TESIS: LIC. RUBÉN B. GHÍA
TITULAR DE CÁTEDRA: PROFESOR ALBERTO SUSCO
AÑO 2000

Indice

Prefacio	4
Agradecimientos	5

CAPITULO I

Introducción	8
El conocimiento profundo de la patología por parte del profesional Musicoterapeuta interviniente. El paciente con esta patología Y en general sus peculiaridades	10
Los aspectos éticos deben acompañar el trabajo terapéutico	20
El secreto profesional	25
Interdisciplina	27
La tarea con drogadependientes en Musicoterapia	34

CAPITULO II: Los Casos Clínicos

Caso Mariela	42
Presentación del caso	42
Desarrollo del caso	46
Presentación del Proceso Musicoterapéutico	52
Evolución	55
Caso Juan	58
Presentación del caso	58
Desarrollo del caso	61
Presentación del Proceso Musicoterapéutico	71
Evolución	73
Seguimientos en Educación Física, Trabajo Corporal y Terapia Ocupacional	74
Educación Física	74
Trabajo Corporal	80
Terapia Ocupacional	84
Caso Julia	88
Presentación del caso	88

Desarrollo del caso	89
Presentación del Proceso Musicoterapéutico	98
Evolución	99
Caso Silvina	100
Presentación del caso	100
Desarrollo del caso	101
Presentación del proceso Musicoterapéutico.....	111
Evolución.....	113
CAPITULO III	
Historia Sonora	114
Escultura del propio cuerpo	121
Los tatuajes	124
Flash	125
Resultados y Discusión	126
ANEXOS	129
BIBLIOGRAFIA	168



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Prefacio

Esta TESIS nació con un doble propósito: por un lado, una mirada desde la investigación a la propia trayectoria profesional y por otro, el deseo de compartir una conceptualización de la práctica que pueda beneficiar en primer lugar a las personas que hacen Uso Indebido de Drogas (U.I.D.), luego a los musicoterapeutas y en general a los profesionales que desde distintos enfoques terapéuticos se dedican a la especialidad.

Perteneciente a una de las primeras promociones de musicoterapeutas con formación universitaria, egresada de la Escuela de Especialidades Paramédicas de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, en el año 1979, me considero integrante del grupo de profesionales que abrieron caminos en nuevas especialidades.

Toda la problemática socioeconómica actual, el aumento de aspectos delincuenciales, el adolescente de hoy, con la ausencia muchas veces de figuras identificatorias dentro del marco familiar, situación que lo impulsa a buscarlas fuera de su grupo primario, el consumismo en todas sus facetas, cierto tipo de propaganda, la explotación de menores muchas veces prostituidos por sus propios allegados, son temas que dan cuenta fundamentalmente de la pérdida de ciertos valores éticos. Al ser tan inquietantes, me conmueven.

Es por ello, que ante el aumento del consumo de drogas y la agudización de la problemática de la adicción a las mismas considero importantísimo que musicoterapeutas especializados en esta patología, se incluyan en equipos interdisciplinarios dedicados al tratamiento de pacientes drogadependientes.

Por todo ello esta revisión, estas reflexiones, esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos aquellos que de una u otra forma, colaboraron en mi formación como Musicoterapeuta y a los que favorecieron que me dedicara a esta especialidad

A mis pacientes en primer lugar, cuyas vicisitudes de vida, fueron afianzando conceptos, ideas, y generando en mí técnicas y capacidad de adaptación a las dificultades que se daban y se dan en cada sesión.

A la Institución CE.NA.RE.SO., que me capacitó, al darme los elementos para el conocimiento de esta patología.

A quienes fueron mis compañeros de Equipos Interdisciplinarios en los distintos servicios de la Institución en los que estuve incluida, a los que no nombro uno por uno por temor a olvidar a algunos.

Al Lic. Rubén B. Ghía, Padrino de esta Tesis, Jefe de la que fue en su momento Residencia para Adultos, en la que me desempeñé durante años, a quien agradezco muy especialmente su disposición para acompañarme como co-terapeuta en las sesiones, durante tres años, cuando ingresé a la institución en el año 1980. Sus conocimientos, su generosidad, sus dones profesionales, influyeron enormemente en mi formación.

Al Lic. Luis Pedro Decaroli, Jefe del Centro de Día, Servicio en el que me desempeñé desde la constitución del mismo, en 1988.

A la Lic. Evangelina Otero Pizarro, Jefa actual de Capacitación e Investigación del CE.NA.RE.SO., por su apoyo constante.

A la M.T. María Celia Perez, Directora de la Carrera de Musicoterapia, quien con sus desvelos y su esfuerzo logró que fuera una realidad la Licenciatura en Musicoterapia.

A la Metodóloga Profesora Lic. Blanca Rizzo, que orientó este trabajo: por su valiosa colaboración, sus invalorable conocimientos, su excelente disposición, que generaron en mí nuevas inquietudes, nuevas preguntas.

A la Mt. Gabriela Wagner, que con su saber sobre la Musicoterapia, me acompañó en momentos de preocupación y de dudas.

Al Profesor Alberto Susco, Jefe de la Cátedra Seminario de Investigación, y a mis compañeros de cursada, que con sus aportes me permitieron acceder a más visiones en nuestra profesión.

A los colegas que estuvieron y están en la Institución CE.NA.RE.SO., con los que he compartido momentos de aprendizaje.

A Andrea Bianchimano, que resolvió más de un problema en la traducción de trabajos.

A todos los profesionales musicoterapeutas, con los que supervisé en algún momento mi tarea cotidiana

A mi querido esposo, sin cuyo acompañamiento en buenos y no tan buenos momentos, no hubiera podido estudiar, ni tampoco desarrollar mi trayectoria hasta el día de hoy

A mis queridas hijas y a mis queridos nietos, quienes más de una vez deben haber vivido el “**estoy ocupada**” como quitándoles el tiempo de madre, y de abuela. Y estoy segura que se los quité. Y a mí también me falta

A todos los que nombro y a aquellos que seguramente olvido nombrar a quienes pido perdón por no recordarlos en este momento.

¡A TODOS, GRACIAS !

"...Decimos que la música es la gran consoladora; podemos agregar que lo es porque sabemos que no nos engañará: el silencio que hay entre dos notas no es la ausencia angustiante del traumatismo pues es un silencio portador de una promesa de fidelidad en la que creemos: "Te dejo un instante," nos dice la nota que desaparece, "pero vuelvo pronto, bajo la forma de otra nota que volverá a tiempo; puedes contar con mi tiempo, él no te dejará caer"..."



USAL
UNIVERSIDAD Alain Didier-Weill
DEL SALVADOR

CAPITULO I

Introducción

Es evidente la gran expansión de la musicoterapia en la atención de síndromes diversos , enfermedades, somatizaciones, etc. diferenciándose de sus primeras aplicaciones, pero sin alejarse de ellas y con resultados asombrosos, que creemos están más allá de las expectativas de quienes fueron sus pioneros.

La inclusión de musicoterapeutas hoy en áreas como la de pacientes politraumatizados en coma, en quirófano, en cáncer, en bulimia y anorexia, en rehabilitación en general, en servicios de cardiología, en toxicomanías, etc., ha impulsado esta presentación, siendo su objetivo el de mostrar y demostrar la eficacia de la inclusión de musicoterapia en los equipos interdisciplinarios de tratamiento y el valor de la utilización de la misma en la rehabilitación del paciente drogadicto.

Consideramos que todo tratamiento se sustenta sobre varios pilares.

En la toxicomanía, entendemos que esos hitos se erigen como columnas por encima de las cuales se podrá ordenar el tratamiento.

Son ellos:

- a) El conocimiento profundo de la patología por parte del profesional musicoterapeuta interviniente.
- b) El paciente con esta patología y, en general, sus peculiaridades.
- c) Los aspectos éticos que deben acompañar el trabajo terapéutico.
- d) El secreto profesional.
- e) La interdisciplina.

Se consideraron en el presente trabajo, pacientes que recibieron tratamiento en el Centro Nacional de Reeducción Social¹ (CE.NA.RE.SO.) en un estudio retrospectivo de casos relevantes, considerados entre los años 1980 y 1999. De ellos se han seleccionado cuatro, que resultan peculiarmente representativos de la problemática a estudiar por cuanto permiten ilustrar la labor musicoterapéutica.

¹ Ver Anexo V

No se pretende el concepto de muestra, dado que esta investigación es solo introductoria para investigaciones mayores.

Nuestro objetivo es demostrar la eficacia de la Musicoterapia en el tratamiento de este tipo de pacientes, como parte de un engranaje mayor, que es el **Equipo Interdisciplinario**.

Lo precedente nos permite plantear la siguiente **Hipótesis**:

La aplicación de Musicoterapia en interacción con otras disciplinas, es eficaz en el tratamiento de pacientes adictos a las drogas, favoreciendo la posibilidad de su proceso de recuperación.

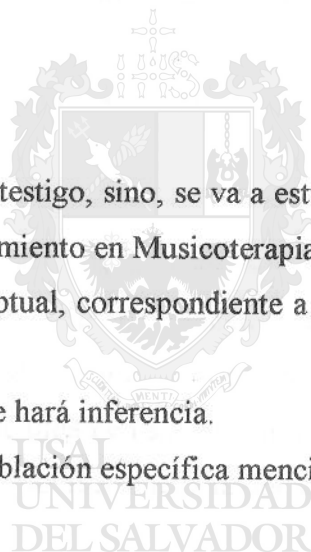
Se consideran las siguientes variables:

- 1) Reconocimiento Corporal.
- 2) Límites.
- 3) Familia.

No se tendrá en cuenta un grupo testigo, sino, se va a estudiar la evolución del paciente antes, durante y después del tratamiento en Musicoterapia. De este modo se realizará un estudio según un esquema conceptual, correspondiente a problemas de comparación de muestra intrasujeto.

A partir de los casos estudiados se hará inferencia.

La inferencia será referida a la población específica mencionada anteriormente.



EL CONOCIMIENTO PROFUNDO DE LA PATOLOGÍA POR PARTE DEL PROFESIONAL MUSICOTERAPEUTA INTERVINIENTE.

EL PACIENTE CON ESTA PATOLOGÍA Y EN GENERAL SUS PECULIARIDADES.²

Podríamos decir que "...<las drogas> son algo así como el diablo en su versión moderna..."³

Pero pensemos también que sus efectos no son sólo nocivos. Se trata de sustancias cuyo uso, o abuso, puede resultar perjudicial o no. Dependerá de cómo es utilizada.

Recordemos que nuestro objeto de estudio no es la droga en sí, sino el análisis de aquéllos para los que utilizar drogas se ha erigido en una forma de vida, y cuya dependencia de ellas, no permite que aflore "el sujeto". Un usuario de drogas "... apela a ese objeto como un intento, como una modalidad lo bastante mostrativa de una situación personal..."⁴

La droga es eso que parece ser todo y resulta ser nada. Es en realidad lo que anula en alguien, toda posibilidad de constituirse como sujeto y al invadir la subjetividad del adicto, lo condena "... al exceso de un goce estático y doloroso en donde el Otro es aniquilado en su alteridad y la sexualidad en sus fundamentos..."⁵

Agrega E. Vera Ocampo, que la oscuridad de la noche del adicto, solo se ve iluminada por el "flash"⁶ de la droga.

Partimos del reconocimiento de que la toxicomanía se puede instalar sobre cualquier

² Los puntos a) y b) de la introducción han sido enunciados y tratados juntos dada su relación.

³ MATTIOLI, Guillermo: "*Psicoterapia del toxicómano. Un enfoque psicoanalítico*". Ediciones Logos, Barcelona, España, año 1989, pág. 8

⁴ BULACIO, Bruno: "*Las toxicomanías y su relación con las instituciones.*" Resumen corregido por el autor de la clase dictada en el Centro de Estudios Avanzados de la Universidad de Buenos Aires con motivo del "Seminario preparatorio a la carrera interdisciplinaria de la especialización de post- grado en la problemática del uso indebido de drogas". Buenos Aires, 1987.

⁵ OCAMPO, E. Vera: "*De la pasión adictiva como patología del exceso.*" Seminario: El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogadependencias. Barcelona, España. 30 de enero de 1989. Págs 191 y 192.

⁶ Ver "Flash" en pág. 126

estructura: psicosis, neurosis o perversión.

Mucho es lo que se ha discutido y se discute sobre la existencia de una estructura psicopatológica aislada. Pero hasta la actualidad no existe entre los estudiosos del tema, concordancia al respecto.

Es frecuente que se relacione toxicomanía con estructura perversa.

Consideramos desde el punto de vista psicoanalítico que no puede definirse el consumo de drogas como un síntoma.

Un síntoma produce un sufrimiento. Pero el adicto no encuentra sentido a la manifestación que le produce este sufrimiento.

La fenomenología del síntoma tiene dos características.

- a) no produce sufrimiento; b) no le encuentra sentido a la manifestación que le produce este sufrimiento.

Dice Hugo Fredda que "...el toxicómano no sufre de lo que no entiende, sino que sufre las consecuencias del drogarse..."⁷

En realidad plantea una ruptura con el mundo externo, teniendo la situación de consumo el carácter de haber encontrado una respuesta más que una pregunta.

El análisis de los discursos de pacientes nos demuestran que puede darse:

- a) Una posibilidad de interrogación del adicto sobre su consumo, que implicaría características más neuróticas.
- b) La sustancia puede ofrecer la ocasión de experimentar un delirio. Se revelan entonces, tendencias psicóticas.
- c) En situación de no ingesta puede producirse una desestructuración quedando de manifiesto tendencias psicóticas subyacentes.
- d) Se puede presentar el paciente con un discurso orgulloso, autoreconociéndose con su "ser adicto". Es decir, la drogadicción le da una fachada de identidad.

⁷ FREDDA, Hugo: Ponencias del Seminario: "El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogadependencias." Capítulo 5: "Algunas nociones generales sobre la drogadependencia y sus razones clínicas." Barcelona, España, 1989. Págs. 169- 188.

e) El placer de la droga sustituye las relaciones sexuales. Por eso se habla de modalidades cercanas a la perversión.

Como conclusión tomamos que en la mayoría de los casos, el consumo de drogas, lleva a un barrimiento de la subjetividad.

La relación del adicto con la droga resulta ser "... una relación <loca>, tallada de una sola pieza en el mundo fascinante de la certeza, ya que en la lógica adictiva la droga no miente jamás..."⁸

El toxicómano, se considera a sí mismo como la ley que trata de imponer, más allá de que necesite "la ley", para preferir "la trampa". No son eficaces para él ni la ley edípica ni la social. Por ello, no puede creer en sus representantes, cuyas contradicciones le sirven para sacar partido y burlarlas.

Por otro lado no puede "... negar la existencia de sus padres y de la sociedad, a los que tan bien sabe explotar y timar cuando necesita de ellos..."⁹

Controla, vigila, el orden existente. Tiene necesidad como hemos dicho de burlar constantemente la ley. El superyo se comporta como un juez sin ley. Recordemos que es justamente el superyo el que ejerce como "conciencia crítica" y el Ideal del Yo, es el modelo edípicamente legal.

La transgresión está siempre presente. Con el acceso a ella, comienza a buscar el perdón o el castigo. Luego, puede recomenzar nuevamente su juego.

Es perspicaz, para detectar las fisuras entre sus padres, que habitualmente no han logrado diferenciarse, y ejercer sus funciones respectivas.

⁸ OCAMPO, E. Vera. Op. Cit. Pág. 192

⁹ Mattioli, Guillermo. Op. Cit. Pág. 33

La Madre del Adicto

La inscripción de la figura materna requiere una alternancia de presencias y ausencias de la madre, que en su juego, dé lugar a un goce lúdico, que genere y asegure un sentimiento de estabilidad del objeto.

Con la presencia y ausencia de drogas y la probable lucha contra la dependencia, él va a reproducir "... la fracasada dialéctica de la separación del objeto primordial y construcción de la falta..."¹⁰

El sujeto drogadicto no tolera no sólo la falta de droga, sino el no tenerla allí, al alcance de su mano, y la probabilidad de consumirla o no, en ese momento, según qué desee.

En este aspecto, su resolución para el consumo, implicaría una independencia en su decisión al respecto, que no es real, sino que marca aún más su dependencia.

Habrá que señalar, entonces, el paralelismo entre su relación con la droga y con su madre: no existe en él la organización necesaria para soportar la ausencia, pues ésta no se ha articulado sobre la base de esa posibilidad.

Aclaremos: hablamos de la ausencia de la droga, en paralelismo con la ausencia de una madre a quien el hijo ve como una "... hada maravillosa o una tiránica déspota..."¹¹

Y el Yo Ideal continúa depositado en la madre, amándose a sí mismo el adicto, por esta situación.

La madre es considerada como una divinidad, y será siempre mejor que él. Sólo "la droga" le permitirá encontrarse con "otra madre" que le dará poder y capacidades que nunca le fueron reconocidas por su madre real.

Pensamos que puede ser por ello, que vemos con tanta frecuencia, en los tatuajes de los adictos, las inscripciones "MADRE" "MOTHER" "MA" "MAMA" y también el nombre de ella, más allá de otros tatuajes.¹²

El drogadependiente no aspira a mostrar capacidades que se asemejen a las de su madre, pues seguramente éstas no serán valoradas por ella, y él buscará actuar por debajo de

¹⁰ MATTIOLI, Guillermo. Op. Cit. Pág 37

¹¹ Mattioli, Guillermo. Op. Cit. Pág 37

¹² Ver "Los tatuajes" en pág. 125

sus potencialidades.

Se trata de un complejo vínculo.

El Padre del Adicto

Con respecto al padre, sabemos que le corresponde a éste establecer un corte en el circuito madre- hijo. Es quien debería limitar la célula narcisística, favoreciendo la separación.

Pero el padre del toxicómano habitualmente es débil, manifestándose como ausente, sea por real ausencia (separaciones o muerte), razones de trabajo, o por no lograr asumir su rol.

Habitualmente lo que el padre lleva a la consulta como causa de su propia demanda es "... una imposibilidad, es decir su propia impotencia..." (como dice Bruno Bulacio en referencia a un caso).

Lo real es que "... Desde que un padre atraviesa el umbral de un consultorio es a él a quien se debe tratar..."¹³

Es evidente, que no estuvo marcada la distancia a mantener con el hijo, en ambos padres, dando esto lugar a dificultades que lo dejan "... fijado a un goce incestuoso cuasi indistintamente hetero que homosexual..."¹⁴

Olievenstein ha calificado a esta situación sexual de andrógina. El sujeto no fue sometido a la ley edípica, y en su psiquis no ha quedado bien inscripta la diferencia sexual.

Así como no se nace definido, y el ser humano es el más desprotegido de los mamíferos en las primeras etapas de su vida, no se nace adicto, (salvo en circunstancias en que un bebé nace adicto por adicción y consumo de la madre, durante el embarazo).

¹³ OLIEVENSTEIN, Claude. "No hay drogados felices." Ed. Grijalbo S.A. Barcelona. 1979. 1º Edición. El autor hace referencia a un psiquiatra norteamericano, sin dar su nombre y de quien es la autoría de esta cita.

¹⁴ Mattioli, Guillermo. Op. Cit. Pág. 40

Las condiciones para llegar a ser un adicto, se encontrarán seguramente en la infancia.

Se podrá generalizar en aspectos relacionados con las adicciones a las drogas, y sus protagonistas, pero siempre las situaciones son singulares y sólo la comprensión del caso por caso, permitirá con su análisis, buscar hasta hallar, las estrategias a implementar en los tratamientos.

Suele ser habitual la búsqueda de diálogo entre padres e hijos: la llamada “comunicación familiar” de cuya inexistencia suelen dar cuenta los jóvenes y los padres. Haciendo referencia a un caso clínico, dice Bruno Bulacio que “... el diálogo entre padres e hijos no significaba un punto de partida sino algo que se debía alcanzar, un punto de llegada, no fácil, pero posible: un punto de encuentro.”¹⁵

El objeto droga y el objeto adicto

Es frecuente que el adicto, se presente ubicado en posición de “objeto”, dentro de lo que sería su situación imaginaria. Desde el tratamiento habría que lograr que deje ese lugar, y que comience a aparecer el “sujeto”.

Eso implica reconocer que su problemática está dada por esta dificultad de separación del Otro materno.

Es por esta situación, por esta forma de presentarse, que es muy difícil que en un primer momento, ante la posibilidad de tratamiento, pueda establecer un vínculo transferencial ya que llega más que con una “pregunta” con una “certeza” y es difícil que establezca un lazo ante el probable reconocimiento de un otro, ya que ese otro, será como inconsistente para él.

Para establecer un tratamiento hay que generar una oferta: ésta podrá dar lugar o no a que aparezca una demanda. Una oferta implica un estar ahí, esperando “activamente” que empiece a aparecer algo del reconocimiento de la existencia del Otro.

¹⁵ BULACIO, Bruno. Op. Cit. Pág. 64

Todo el tema de los tiempos y de los espacios, y lo que se puede con una técnica en particular: tiempo, horarios, duración de las sesiones, días, irán generando una construcción témporo- espacial diferente de la que le es propia al adicto, favoreciendo el posible pasaje de una especie de vínculo indiferenciado a aquél en el que pueda comenzar a reconocer, la existencia de un otro.

Esto no es sin padecimiento: tanto para el paciente como para el terapeuta.

El paciente adicto va a intentar a través de su forma de transferencia, que es el acting-out, romper esta cuestión. Es doloroso para él separarse, tolerar la separación y reconocer que existe un otro. Esto se va a jugar en la transferencia con sus terapeutas.

La tarea inicial del tratamiento consiste en trabajar con estas cercanías, estas distancias, así como con las desconfianzas que el adicto trae, hasta que aparece realmente una depositación en un otro. Al comienzo va a ser parecida a la depositación idealizada, en la substancia.

En esta cuestión de mucha idealización, más del lado del Yo Ideal que del Ideal del Yo, va a tratar de encontrar un terapeuta que le resuelva todo, que le responda a todas sus situaciones.

Para dar un ejemplo, diremos que suele suceder en momentos en que el paciente no es atendido, porque llegó tarde a la sesión, pues no se presentó a la misma en el horario establecido, haciéndolo cuando ya ha transcurrido gran parte del tiempo reservado para él, que no es fácil evitar que viva el perder su espacio, como una sanción. Tampoco es fácil lograr que reconozca, que habiendo un espacio que le es propio para que él pueda estar, éste no es en cualquier momento, ni de cualquier manera. Hacemos referencia nuevamente al encuadre.

El tema del encuadre está en relación con cada sujeto, caso por caso, entendiendo que a veces, en una rápida evaluación, ante una circunstancia como la relatada, tendremos que optar por atenderlo, según el momento. Habrá que tener en cuenta, la historia de cada paciente y su situación en el aquí y ahora.

El decidir qué hacer no es simple: estará en el ir definiendo estrategias que puedan llegar a serle útiles teniendo en cuenta la sensibilidad del adicto y los rechazos históricos vividos por él y que le sirvan, en estos casos, para que no sienta la oposición del terapeuta a atenderlo, como un rechazo más.

No deberá ubicarse uno, en la posición perversa del adicto y quedar a expensas de que él se dé “una sobredosis”, o llegue cuando quiera, a sesión. Se trata de un equilibrio que uno tiene que lograr, y que apunta a que el paciente perciba que uno puede reconocer su palabra o reconocerlo a él como “sujeto”. Lo otro significaría “volver a repetir”, o anular al terapeuta. No debe ser así.

La particular modalidad transferencial del adicto, tiene que ver con los secretos, con las mentiras.

Como en algún momento estuvo invadido por ese Otro materno tan indiferenciado, el punto de la mentira o el punto del secreto, pueden ser como aquellos espacios que él tabica en la relación con el otro: son como los puntos en que él está un poco distante del otro. Uno tiene que ir trabajando esta situación, no quizá para develar y que ahí aparezca una verdad, sino para dilucidar o entender, qué está descripta en esa forma precaria que tiene de empezar a establecer un vínculo con un otro, donde por las dudas, seguramente, se reserva algo que no va a transmitir.

Es frecuente que adjudique como fantasía, clarividencia al terapeuta, con un “usted sabe todo. O, me adivina”, como comentario. Esto habla de la omnipotencia del Otro materno que lo invade, y él pone en el terapeuta. Se hace necesario respetarlo porque es la particular manera de tomar su distancia a pesar de que vaya reconociendo al otro de a poco.

También se va dando el cómo intervenir cuando el paciente utiliza la palabra, a modo de descarga. El terapeuta no puede quedar como simple receptáculo de depositaciones y es necesario que haga algún tipo de intervención para marcar su presencia. Todo esto es a veces un juego especial, en el que los terapeutas desde sus distintos enfoques terapéuticos y con sus distintas técnicas, seguramente tendrán que intervenir.

Entendemos en el caso del musicoterapeuta, que su intervención la podrá hacer con la voz cantada, con el significante de la palabra, con los instrumentos, con música, adaptando las técnicas de las que dispone de acuerdo al momento, de acuerdo a la circunstancia.

Se torna importante que el paciente logre “encontrarse” y acceder a un “cuerpo propio”, con todo el valor que tiene el reconocimiento de lo corporal para que se dé como consecuencia, la constitución del cuerpo.

Recordemos que hablamos de alguien que aún no es “sujeto” y la necesidad de que el musicoterapeuta, desde su propio encuadre y con sus posibles intervenciones musicoterapéuticas, logre ir favoreciendo que el paciente se vaya constituyendo como tal.

El drama del adicto es, pues, consecuencia de una falla en el proceso de su constitución subjetiva. Está en relación directa con la imposibilidad de que un hecho que se produce en lo real como es la separación de su madre, él, no logre inscribirlo simbólicamente. Es por esto que es típico en el adicto la falta de confianza en el significante dada la ausencia de un otro.

El adicto se presenta desde su “soy adicto” ante el profesional que lo atiende intentando ser reconocido en ese lugar

Es ante su autodefinición como “adicto” que se considera adecuado el trabajo en grupo. Es porque los demás integrantes del mismo, seguramente han vivido situaciones semejantes a las suyas, y esto hace que su discurso llegue a ser reconocido por un otro.

La tarea siguiente será seguramente cuestionar la identidad que propone el adicto y buscar otras alternativas posibles.

Cuando se inicia el tratamiento de un toxicodependiente sabemos que “... el camino de la curación sólo avanza a través de transgresiones, estancamientos y desviaciones, y jamás se está seguro de verlo definitivamente resuelto...”¹⁶

No podemos engañarnos. Tendremos claro que alguien que detiene su ingesta de drogas, no está irrevocablemente curado. El peligro de reincidir es constante. Si ha

¹⁶ OLIEVENSTEIN, Claude. Op. Cit. Pág. 302